**Teilnehmerbogen**

Vorname: Name:

Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Impfschutz/Gesundheit:**

Zeckenschutzimpfung JA ○ NEIN ○ Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tetanusimpfung JA ○ NEIN ○ Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergische oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf…**

Insektenstiche JA ○ NEIN ○ welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonne/ Hitze JA ○ NEIN ○ welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pollenflug JA ○ NEIN ○ welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nahrungsmittel JA ○ NEIN ○ welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medikamente, Cremes, Schminke JA ○ NEIN ○ welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einzunehmende Medikamente:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medikament** | **Wofür/Wogegen:** | **Wann/Wie oft:** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Die Medikamenteneinnahme soll durch Betreuer beaufsichtigt werden? JA ○ NEIN ○

**Überstandene Krankheiten: (z.B.: Masern, Scharlach, Diphterie)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sonstige Angaben:**

Kreislaufbeschwerden JA ○ NEIN ○

Reiseempfindlichkeiten JA ○ NEIN ○

Bettnässer JA ○ NEIN ○

Schlafstörungen JA ○ NEIN ○

Sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Verpflegung:**

Vegetarier ○ Veganer ○ kein Schweinefleisch ○

Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kleidergrößen:**

T-Shirt Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schuh Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einschränkungen der Aufsichtspflicht/Erlaubnisse:**

Erlaubnis zum Klettern JA ○ NEIN ○

Erlaubnis zum Bogenschießen JA ○ NEIN ○

Erlaubnis zum Radfahren JA ○ NEIN ○

Erlaubnis zum Inline Skating JA ○ NEIN ○

Erlaubnis zum Wassersport JA ○ NEIN ○

Erlaubnis zum Schwimmen JA ○ NEIN ○

Unser Kind kann Schwimmen JA ○ NEIN ○

**Wir sind damit einverstanden, dass sich unser Kind bei Unternehmungen außerhalb der Ferienanlage**

**○** In einer Gruppe ab 3 Personen frei bewegen darf

**○** Nur in Begleitung eines Betreuers bewegt

**In Notfällen während der Ferienaktion sind nachfolgende Personen erreichbar und zu benachrichtigen:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name: (ggfls. Verwandtschaftsverhältnis)** | **Telefonnummer:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Nur komplett ausgefüllte Bögen gewährleisten, dass das Betreuungsteam im Notfall direkt helfen kann! Bei nicht ordnungs- bzw. wahrheitsgemäßen Angaben übernimmt der Verein und seine Betreuer keinerlei Haftung und behält sich das Recht vor, ggfls. Regressansprüche zu stellen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

**Datenschutz:**

Bitte beachten Sie die Informationen zum Datenschutz, die als Anlage dem Anmeldeformular beigefügt sind.